

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

595

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mlle Marguerite COLOMBANI

Née à Alger le 15 septembre 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNOME BÉNIN
DE TYPE DÉCIDUAL
DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 45

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mlle Marguerite COLOMBANI

Née à Alger le 15 septembre 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNOME BÉNIN

DE TYPE DÉCIDUAL

DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE CASSINI, 45

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire.	ROUVIÈRE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimental¹⁰
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . Obstétrique.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LIERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . Bactériologie.
 RIBIERRE . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 TANON Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE Histologie.
 VILLARET . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale
 GUÉNIOT . . Obstétrique.

MM.

RETTERRER . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LœPER. Clinique médicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLAY BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca

* Professeur de clinique gynécologique

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*En témoignage de profonde gratitude
et de vive reconnaissance pour le grand
honneur qu'il veut bien nous faire en
présidant cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAMPY

Qui nous guida dans la partie histologique de ce travail. Témoinage de vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chef des travaux gynécologiques
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous inspira le sujet de ce travail et nous prodigua avec les conseils les plus éclairés, les marques constantes de sa bienveillante sympathie. Nous lui en gardons la plus vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

L'adénome de l'utérus a donné lieu, dans le service de M. le P^r Faure à l'Hôpital Broca, à des recherches de laboratoire du D^r Champy et des recherches cliniques et thérapeutiques du D^r Douay.

D'après ces auteurs, il y a lieu de séparer nettement l'adénome du col et l'adénome du corps. Ce sont deux maladies différentes ayant chacune leurs caractéristiques anatomiques et présentant une symptomatologie et une thérapeutique différentes.

L'adénome du col a été étudié dans le laboratoire du D^r Champy par le D^r Moukayé, professeur à l'Université de Formose. Il est dû à une prolifération excessive des glandes cervicales. Une description anatomique a été publiée par cet auteur dans *Gynécologie et Obstétrique*, t. IV, 1922.

Dans un récent article (*Gyn. et Obst.*, avril 1926) le D^r Douay, en collaboration avec un de ses élèves de Bucarest : Soïmaru, a étudié l'adénome du col au point de vue clinique montrant que l'affection a été souvent confondue avec la métrite inflammatoire. Il s'agit au contraire d'une tumeur épithéliale bénigne. La thérapeutique antiseptique des métrites reste sans effet sur

cette lésion absolument distincte des processus d'infection ; l'intérêt de cette lésion réside dans la tendance à dégénérer en cancer. Aussi l'adénome du col doit-il être traité énergiquement par la destruction ou l'ablation chirurgicale. Une thèse a été faite sur les observations recueillies à l'Hôpital Broca par Mme Ducourtioux.

Nous voulons faire aujourd'hui pour l'adénome du corps ce qui a été fait pour l'adénome du col. L'adénome du corps a été étudié par le Dr Moukayé au point de vue de ses caractères histologiques (*Gynécologie et Obstétrique*, t. III, 1921). Cette publication servira de base à notre description anatomique. Le Dr Douay qui nous a inspiré cette thèse, nous a montré les particularités cliniques de cette affection.

Nous avons recueilli dans le service du Pr Jean-Louis Faure les cas d'adénomes du corps dans lesquels le contrôle histologique a été établi par le Dr Champy. Nous présentons dans cette thèse sept observations.

Presque toutes ces observations se présentent comme des cas de métrites hémorragiques. Il s'agit cependant d'une prolifération excessive des glandes de la muqueuse utérine sans phénomènes inflammatoires de métrite. C'est une tumeur épithéliale bénigne soit localisée, soit diffuse, caractérisée par la formation de cellules d'aspect décidual et par l'hyperplasie glandulaire.

Cette transformation déciduiforme de la muqueuse utérine rappelle l'aspect de la caduque gravidique et aussi celle de la muqueuse utérine normale au stade prémenstruel. Nous aurons l'occasion au cours de ce travail d'étudier ces points intéressants.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ADÉNOME BÉNIN
DE TYPE DÉCIDUAL
DU CORPS DE L'UTÉRUS

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toutes les métrites chroniques tendent à devenir adénomateuses. Ceci est la conséquence de ce fait général que, dans un organe irrité, il y a exagération des processus normaux. Or dans la muqueuse utérine le processus normal c'est la régénération et l'hypertrophie périodique des glandes.

Nous allons étudier les états morphologiques de la muqueuse utérine au cours du cycle intermensuel.

De nombreux travaux ont été faits à ce sujet.

La muqueuse utérine est le siège de modifications morphologiques importantes au cours du cycle intermenstruel. Ces modifications intéressent les glandes épithéliales de la muqueuse et le tissu conjonctif.

Ce cycle peut-être divisé en 4 périodes:

- 1^o Période post-menstruelle;
- 2^o Intervalle;
- 3^o Période prémenstruelle;
- 4^o Période menstruelle;

Dans la période post-menstruelle la muqueuse utérine est mince, les tubes glandulaires sont presque droits et peu spiralés. Il y a de nombreuses karyokinèses.



FIG. 1. — Polype muqueux de l'utérus. Aspect d'ensemble : *m, u.*, épaisseur de la muqueuse utérine au point de jonction. Remarquer l'aspect dense de la surface du polype (1).

A la deuxième période (intervalle) la muqueuse

1. Ces 6 clichés proviennent de la *Revue de Gynécologie et Obstétrique*. Adénomes bénins du corps utérin de type décidual, par Moukayé.

s'épaissit, les karyokinèses diminuent, les glandes deviennent plus flexueuses en même temps qu'elles commencent à sécréter du mucus vers le dix-neuvième



FIG. 2. — Aspect des glandes adénomateuses et papillomateuses du polype de la figure 1. Remarquer le mucus coagulé entraîné dans la lumière.

jour. Les cellules conjonctives sont plus nombreuses et prennent un aspect étoilé.

Vers le dix-neuvième ou vingtième jour commence la période prémenstruelle, la muqueuse s'épaissit davantage, il y a une différence très nette entre la partie superficielle où les glandes sont moins flexueuses, le tissu conjonctif dense, et la partie profonde où les glandes sont très spiralées et sécrètent beaucoup de mucus. Il n'y a pas de mitoses à cette période. Les cellules conjonctives se gonflent, deviennent polyédriques ayant l'aspect des cellules déciduales de la caduque gravidique. Ce stade se caractérise comme un commencement de transformation déciduale.

Au stade menstruel il y a rupture de l'épithélium et destruction de toute la couche superficielle, cette destruction est complète le deuxième jour de l'hémorragie. La réparation de la muqueuse se fait aux dépens des éléments de la partie profonde.

Dans le stade prémenstruel de ce cycle physiologique normal de la muqueuse utérine, l'aspect des glandes se rapproche de celui que l'on observe dans les métrites adénomateuses. Elles sont donc caractérisées parce que la muqueuse y affecte en tous temps l'aspect prémenstruel.

La végétation adénomateuse des glandes paraît se faire selon deux types :

1^o Glandes du type de la période post-menstruelle très hypertrophiées. Ce type paraît être celui qui conduit à l'adénome malin. Nous le laissons de côté.

2^o Glandes du type prémenstruel, c'est-à-dire très

papillaires et sécrétant du mucus avec tendance à la formation d'une couche compacte superficielle. C'est celui qui mène aux adénomes que nous étudions.

Il est probable que toutes les métrites hyperplasiques prennent plus ou moins ce type-là quand on approche de la période menstruelle. Mais il est des espèces où la formation de glandes papillaires et irrégulières est extrêmement intense bien plus que dans le stade pré-menstruel normal. C'est le type décrit par Moukayé. D'ailleurs cet aspect persiste en tous temps.

Ces adénomes bénins, type Moukayé, peuvent se présenter sous forme de polypes insérés sur la paroi utérine par un pédicule fibreux formé aux dépens du chorion ; ou sous la forme diffuse, la lésion intéresse dans ce cas toute la muqueuse du corps, donnant à celle-ci un aspect plissé et une hypertrophie remarquable qui s'arrête au niveau du col indemne de toute lésion.

Quel que soit l'aspect macroscopique de la tumeur, les caractères histologiques sont les mêmes.

Le processus de transformation est resté tout à fait superficiel, il n'intéresse que la muqueuse et ne pénètre pas dans le muscle utérin.

A l'examen histologique de cette muqueuse on remarque une prolifération glandulaire, n'intéressant que le fond des glandes utérines. Leur partie superficielle et l'épithélium de surface sont restés normaux et le tissu conjonctif superficiel est densifié comme dans une caduque.

Les glandes végétantes sont très dilatées, leur épi-

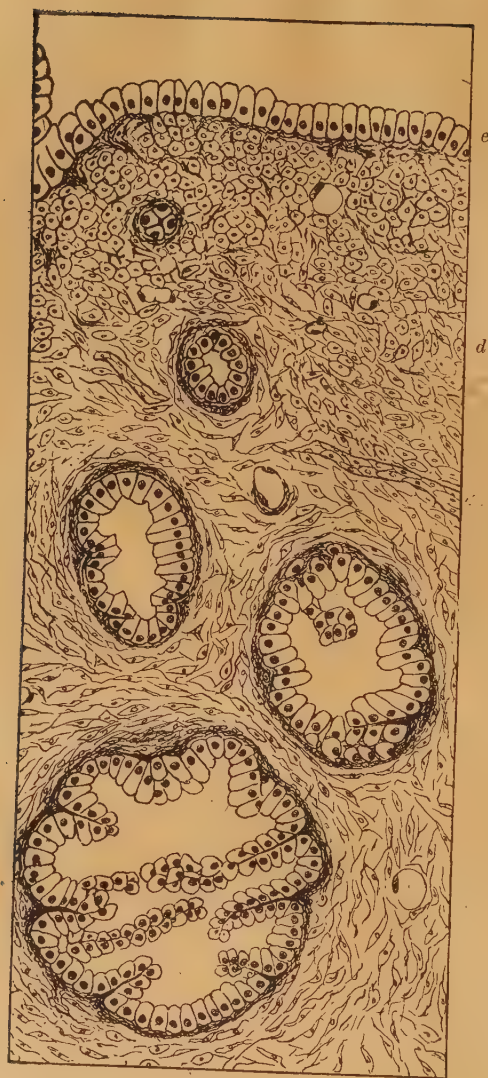


FIG. 3. — Aspect de la surface du polype de la figure 1 : *e*, épithélium de surface ; *d*, cellules conjonctives gonflées comme dans la transformation déciduale au-dessous des glandes de plus en plus végétales à mesure qu'on approche de la profondeur.

thélium présente de nombreuses papilles très marquées. Cette végétation papillaire pénètre jusque dans le tissu conjonctif qui lui est immédiatement sous-jacent.

Les cellules de l'épithélium de ces glandes extasiées et végétantes présentent un aspect tout à fait caracté-



FIG. 4. — Aspect de l'épithélium des glandes adénomateuses dans les parties les moins végétantes (présence de fouet central) [préparation de la fig. 1].

ristique et l'on peut suivre toutes les phases de leur modification en examinant un adénome polypeux.

Dans les glandes les moins végétantes et qui se rapprochent davantage du type normal les cellules de l'épithélium sont légèrement aplaties, elles ont un diplosome et un fouet central et leur cytoplasme a un aspect granuleux à la superficie.

Tous ces caractères se modifient dans les glandes les plus papillaires, les cellules sont beaucoup plus basses, elles sont devenues cubiques au lieu d'être cylindriques.

Le fouet central a disparu, la superficie de la cellule est distendue par une substance mucoïde relativement abondante ayant entraîné parfois la rupture de la portion superficielle de cytoplasme. Au-dessous de cette



FIG. 5. — Aspect de l'épithélium des glandes adénomateuses dans les portions très papillaires, sécrétion abondante de mucus (*m*) un peu plus grossi que la figure 4.

zone on voit des granulations. L'aspect de ces cellules est très clair.

Les cellules les plus basses se trouvent surtout dans les glandes les plus papillaires ; la sécrétion mucoïde y est aussi plus abondante et envahit la lumière de la glande.

Dans toute la tumeur les vaisseaux sont très dilatés surtout dans la forme diffuse où l'on ne trouve que peu de glandes se rapprochant du type normal.

Dans l'adénome pédiculé, les glandes dilatées peuvent

se continuer au niveau du pédicule avec la muqueuse utérine normale, soit par une transition assez brusque, soit d'une manière progressive.

Cette néoformation du fond des glandes utérines a été

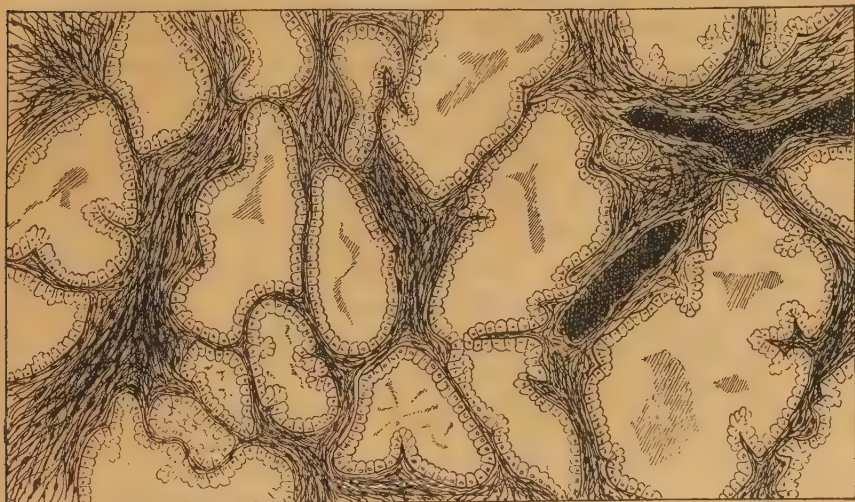


FIG. 6. — Aspect des glandes adénomateuses dans la métrite adénomateuse diffuse. (L'aspect de détail est identique à celui des figures précédentes), v; vaisseaux ectasiés.

comparée par Moukayé à celle qui se produit dans la caduque placentaire. Il a choisi la caduque formée à l'occasion d'une grossesse extra-utérine, ce qui prouve que la transformation n'est pas due à l'action directe de l'œuf.

Dans cette caduque les glandes ont végété dans leur partie profonde ; elles sont dilatées et présentent une végétation papillaire un peu moins accentuée que dans l'adénome bénin.

Les cellules de l'épithélium ont le même aspect

cubique et la sécrétion mucoïde y est aussi très abondante.

Il semble donc que dans l'adénome bénin la modification histologique de la muqueuse utérine soit analogue à la transformation physiologique de la muqueuse sous l'influence du développement du corps jaune. Mais dans les 3 cas cités par Monkayé et dans ceux que nous présentons il n'y a pas de relation directe avec une grossesse intra ou extra-utérine.

A la suite de recherches faites sur une série de muqueuses utérines et d'ovaires aux diverses périodes du cycle menstruel (travail fait dans le laboratoire du Dr Champy) Szymanowicz (1) a établi la corrélation de la transformation déцидуiforme avec l'apparition du corps jaune dont elle paraît dépendre.

On peut admettre que dans ces adénomes bénins cette modification se produise sous l'influence d'excitations de même ordre que dans le cas de grossesse et de période prémenstruelle. La métrite déцидуiforme serait liée au fonctionnement anormal de l'ovaire agissant sur la muqueuse utérine.

Cette cause d'ordre général suffirait à expliquer l'adénome diffus ; mais, dans les formes localisées, elle est insuffisante et l'on peut envisager dans ces cas une sensibilité particulière de certains points de la muqueuse à l'action de la sécrétion ovarienne.

1. Joseph Szymanowicz, *Observations sur les conditions de la prolifération des glandes utérines chez la femme ; Gynécologie et Obstétrique*, t. V, 1922, n° 2.

ÉTUDE CLINIQUE

Le gros symptôme de l'adénome bénin du corps de l'utérus est l'hémorragie utérine. Cette hémorragie survient sans cause apparente. C'est la première manifestation clinique d'une lésion adénomateuse pouvant exister depuis un temps variable.

Ces pertes de sang apparaissent progressivement, remontant parfois à plusieurs années, plus souvent à quelques mois ; plus rarement leur apparition est brusque (obs. I et II).

On ne trouve pas dans les antécédents la cause de l'hémorragie : ni fausse-couche, ni infection, pas de maladies générales, pas de syphilis. Ce symptôme négatif (absence d'antécédents pathologiques) a une importance clinique à signaler.

L'hémorragie ne s'accompagne d'aucune douleur ; elle constitue le seul symptôme fonctionnel. Généralement elle se présente sous forme de métrorragies, mais parfois sous forme de ménorragies ; elle est souvent très abondante avec parfois expulsion de caillots.

La durée de ces hémorragies est très variable, de quelques heures (obs. VI) à plusieurs jours.

Chez une de nos malades (obs. II) les métrorragies

ont été précédées de pertes blanches sans caractères spéciaux et ayant disparues quelques mois avant l'apparition de pertes sanguines. Chez une autre malade (obs. VI) les ménorragies ont été suivies de pertes de liquide clair sentant mauvais. Nous verrons, à propos du diagnostic, combien, dans ces deux cas, de tels symptômes ne pouvaient orienter que vers le diagnostic de tumeur maligne.

Les hémorragies peuvent faire défaut, et nous notons un cas (obs. VII) où cette métrite adénomateuse ne s'est manifestée que par des symptômes de métrite banale chez une femme de 24 ans.

Sauf un cas (obs. VI) nous avons observé la forme hémorragique chez des femmes au voisinage de la ménopause ou l'ayant dépassé.

Il est à remarquer que ces deux femmes jeunes (obs. VI et VII) sont nullipares, l'une d'elles était vierge mais présentait des signes d'insuffisance ovarienne se traduisant par des règles très peu abondantes et très irrégulières avec des périodes d'aménorrhée de deux à trois mois.

Au cours de cette évolution l'état général reste bon.

Signes physiques. — Le toucher-palper nous a montré constamment un utérus plus ou moins augmenté de volume, à surface régulière, sans bosselures et non douloureux en aucun point de sa surface. Sa mobilité est conservée.

Nous n'avons jamais observée aucune lésion des annexes et l'examen au spéculum nous a montré un col toujours indemne de toute lésion.

En résumé, dans tous les cas, nous nous sommes trouvés en présence d'un gros utérus régulier, indolore, donnant lieu presque toujours à des hémorragies utérines assez abondantes chez des malades âgées le plus souvent de 40 à 50 ans.

DIAGNOSTIC

Par l'examen clinique on ne peut établir qu'un diagnostic de probabilité.

Ces pertes de sang sans cause apparente, peuvent par leur abondance faire penser à une fausse-couche ; mais on ne note aucun retard de règles, à l'examen le col n'est pas modifié : il est fermé et de consistance normale, et quelquefois l'âge de la malade fait écarter d'emblée ce diagnostic.

On peut penser à un fibrome, mais le volume de l'utérus n'est pas considérable, il est augmenté de volume ; sa consistance et l'absence de bosselures à sa surface donne plutôt l'impression d'un utérus fibromateux (obs. IV).

La confusion la plus fréquente est avec le cancer du corps. L'âge des malades, les métrorragies, l'augmentation peu considérable de l'utérus font poser immédiatement ce diagnostic comme le plus probable. Cependant les métrorragies diffèrent un peu des hémorragies cancéreuses. Ce ne sont pas des suintements sanguins, mais dès le début des pertes de sang assez abondantes avec expulsion de caillots. Ces hémorragies ne sont pas continues, mais intermittentes séparées par des intervalles plus ou moins longs sans aucune perte de sang.

Elles peuvent être précédées de pertes blanches, dans ce cas l'analogie est très grande avec le cancer lorsqu'il s'agit d'une femme ayant dépassé l'âge de la ménopause (Obs. II). A plus forte raison on pensera à une dégénérescence maligne en présence d'un utérus assez gros, avec pertes de liquide roussâtre sentant mauvais (obs. IV).

Si les hémorragies font défaut les symptômes fonctionnels se réduisent à ceux d'une métrite banale l'inefficacité d'un traitement médical prolongé peut faire suspecter la cause anormale de cette métrite (observation VII).

Dans tous les cas le diagnostic de certitude ne peut être établi que par la biopsie et l'on doit toujours la pratiquer en cas de doute.

Biopsie. — Elle peut se faire de deux façons :

- 1° Soit par un curettage explorateur,
- 2° Soit par prélèvement endo-utérin au moyen de curettes spéciales.

Le curettage explorateur est, sans aucun doute, la meilleure technique, toute la muqueuse endo-utérine étant explorée. On dilatera le col par des bougies ou des laminaires, puis on fera le curettage complet et prudent de toute la cavité utérine. Déjà par la curette on peut avoir la sensation de muqueuse épaissie caractéristique de cette lésion.

Mais ce curettage est presque une petite intervention et la dilatation du col avec les bougies peut très souvent nécessiter une anesthésie. Pour éviter cette difficulté Douay a fait construire une curette très pratique de

forme spéciale, elle est munie d'une lame coupante qui, lorsque l'on tourne l'instrument dans le sens des aiguilles d'une montre, coupe les végétations qui s'introduisent dans la petite cupule formant le fond de la curette. Si on éprouve quelque difficulté pour la sortir, il suffit de la tourner en sens inverse pour ne rien traumatiser. Si on ne ramène aucun débris appréciable il faut faire plusieurs tentatives en différents endroits.

Un autre appareil très pratique est celui de Nabias. Il est en forme de guillotine ; son seul inconvénient est de ne pouvoir recueillir que des fragments très petits.

Lorsqu'on est parvenu à ramener des débris assez importants, dans le cas d'adénome bénin ce sont des lambeaux de muqueuse épaissie de coloration grisâtre.

Mais si par ce simple prélèvement endo-utérin on ne parvient à ramener aucun fragment il faut alors faire le curettage explorateur et complet de toute la cavité utérine. Cette opération en même temps que de moyen de diagnostic, pourra servir de traitement car la lésion n'intéressant que la muqueuse aura été extirpée au cours du curettage.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'adénome décidual est une tumeur épithéliale bénigne. Peut-on envisager sa transformation possible en adénome malin ?

Moukayé, à la suite de recherches faites à l'examen d'une série de cancers du corps utérin qui existe au laboratoire du D^r Champy, n'aurait rencontré qu'e dans un cas seulement des glandes avec végétations papillomateuses analogues à celles des adénomes bénins et mêlées à d'autres glandes du type d'adénome malin.

Ceci peut cependant nous faire envisager la possibilité de transformation de ces tumeurs en adénomes malins.

L'adénome décidual pourrait être le stade initial de la modification cancéreuse. Il est de fait que certains cancers du corps présentent une végétation papillaire excessive et des traces de sécrétion muqueuse, et qu'ils ont pu prendre naissance dans des adénomes du type qui nous occupe.

Mais chaque fois que la lésion se présente à l'état pur, indemne de toute végétation glandulaire anormale d'un autre type on peut la considérer comme bénigne.

TRAITEMENT

Le résultat de l'examen histologique doit entrer en ligne de compte dans le choix du traitement qui sera différent suivant que la lésion est à l'état pur ou présente des végétations anormales d'un autre type.

En cas d'adénome bénin pur sans dégénérescence, un simple curettage suffit pour extirper toute la lésion qui est superficielle et n'intéresse que la muqueuse. Ce curettage doit être fait suivant la technique ordinaire en grattant soigneusement toutes les parois de la cavité utérine sans oublier les cornes. Après l'opération il est bon d'aseptiser la cavité utérine soit avec la glycérine créosotée au 1/10 comme on le fait à Broca, soit avec un autre antiseptique. Ce simple curettage, qui aura pu être fait à l'occasion de la biopsie suffira le plus souvent à amener la guérison.

Si les métrorragies persistent, une application de radium peut être tentée. Elle n'agit pas sur les cellules adénomateuses mais sur l'état vasculaire de l'utérus et sur les cellules ovariennes et détermine la disparition des hémorragies. Son action sur la fonction ovarienne pourrait amener un arrêt de développement de la transformation déciduale des glandes utérines.

Si l'examen histologique révèle une dégénérescence suspecte en adénome malin, il faut employer la thérapeutique du cancer du corps utérin. A moins d'une contre-indication particulière, d'un état général mauvais, on doit intervenir chirurgicalement et pratiquer l'hystérectomie.

Suivant les cas on emploiera soit la voie vaginale, soit la voie abdominale.

Si la malade est grasse, ce qui rend l'opération abdominale plus difficile, la voie vaginale semble la plus indiquée à la condition que l'utérus ne soit pas trop volumineux. L'hystérectomie vaginale est moins choquante que l'hystérectomie abdominale.

L'hystérectomie abdominale permet d'opérer à ciel ouvert et d'y voir clair, mais elle présente un certain caractère de gravité. Dans ces cas où le col est souvent malade on fait une hystérectomie totale ; il n'est pas nécessaire de faire une hystérectomie large.

Dans certains cas particulièrement difficiles on peut se contenter d'une hystérectomie subtotale. D'après J.-L. Faure, il suffit de passer quelques millimètres au-dessous de la lésion néoplasique du corps utérin pour éviter la récurrence dans le moignon cervical.

Dans la majorité des cas la tumeur ne descend pas au niveau du col. Il est bon toutefois de s'en assurer en faisant ouvrir le corps de l'utérus dès son extirpation pour se rendre compte des limites de la lésion. Si le cancer descend bas du côté de l'isthme on fait une ablation secondaire du col ou un gros évidement du col.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Métrite adénomateuse du corps utérin simulant un début de cancer du corps. Curettage fait pour permettre le diagnostic et qui amène la guérison.

Mme L..., 48 ans. Vient consulter en février 1926 pour des métrorragies abondantes survenues sans cause depuis deux jours et s'accompagnant de fortes douleurs lombaires.

Un enfant, pas de fausse-couche.

Réglée encore très régulièrement, ne présente aucun signe de ménopause.

Examen. — Au toucher le col est normal, l'utérus est gros. Il n'y a pas d'annexites. Pertes sanguines assez importantes. En présence de ces signes on envisage le diagnostic de néoplasme du corps et l'on pratique aussitôt une biopsie endo-utérine à la curette de Douay. On ne retire aucun débris appréciable et l'on décide de faire un curettage explorateur.

La malade est hospitalisée le 22 février 1926 et mise en observation pendant deux jours. Pas de fièvre.

Le curettage explorateur est pratiqué le 24 février 1926. On ramène à la curette des débris d'aspect membraneux et quelques débris plus compacts de muqueuse épaissie que l'on envoie au laboratoire pour examen.

Biopsie. — Métrite déciduiforme (D^r Champy).

Les suites opératoires sont bonnes, la malade sort de l'hôpital en bon état le 5 mars 1926.

Revue le 14 mars 1926. Elle aurait de nouveau des pertes sanguines et rentre à l'hôpital une deuxième fois le 29 mars. Mise en observation, l'hémorragie est très peu importante et cesse en quelques jours sans traitement. On considère que cette perte de sang est la reprise des règles.

Revue de nouveau le 8 septembre 1926. La malade est en très bon état. Ses règles sont revenues normalement en avril, mai et juin mais n'ont plus reparu depuis. Cette disparition des règles laisse supposer un début de ménopause.

OBSERVATION II.

Métrite du corps avec cellules du type décidéal simulant un début de cancer du corps. Diagnostic fait par la biopsie endo-utérine.

Mme G..., 55 ans. Vient consulter à Broca le 15 mars 1926 parce que à la suite d'une marche prolongée elle a eu brusquement une perte assez abondante de sang. Ce fait la surprend car sa ménopause remontait à trois ans, depuis lors elle n'avait constaté aucune perte sanguine. Un an après l'arrêt définitif des règles étaient apparues, pendant une période de dix-huit mois, des pertes blanc-jaunâtres plus ou moins abondantes, accrues par la fatigue, et qui avaient complètement disparu six mois avant les pertes sanguines de mars 1926.

Réglée à 16 ans. Mariée à 22 ans, a eu 2 enfants normaux et une fausse-couche de quelques semaines à 28 ans. Les règles ont toujours été régulières, normales non douloureuses jusqu'à la ménopause.

Pas de pertes. Aucun signe de métrite.

Bon état général.

En somme il s'agissait d'une femme de 53 ans, jouissant d'une bonne santé, qui avait eu sa ménopause depuis 3 ans et avait présenté depuis des pertes sans caractères spéciaux absolument disparues depuis six mois et qui venait d'avoir brusquement des pertes de sang.

Examen. — Au toucher : Utérus assez fortement augmenté de volume, mais régulier.

Au spéculum : col sain, par l'orifice duquel s'écoulait du sang.

En présence de ces signes le diagnostic de cancer du corps fut envisagé comme le plus probable et, pour éclairer le diagnostic, une biopsie endo-utérine est pratiquée le 19 mars 1926.

Avec la curette de Douay on retire des débris suspects envoyés au laboratoire.

Biopsie. — Métrite avec cellules du type décidual.

La malade entre dans le service, elle a continué à perdre quotidiennement. On décide de faire un curettage qui fut pratiqué le 30 mars. On ramena quelques débris de muqueuse épaissie. Les suites sont favorables et les hémorragies se sont arrêtées.

Revue le 19 mai 1926. L'utérus est redevenu normal. Aucune perte. Très bon état général.

OBSERVATION III

*Métrite adénomateuse simulant un début de cancer du corps.
Curettage explorateur fait pour éclairer le diagnostic et
amenant la guérison.*

Mme B..., 50 ans. Vient consulter pour un prolapsus génital et des ménorragies apparues sans cause et durant depuis deux ans. Réglée à 13 ans régulièrement, elle a eu 3 accouchements normaux. Pas de fausse-couche. Pas de pertes blanches.

Les ménorragies durent depuis deux ans. Les règles qui jusqu'à cette époque étaient normales, sont devenues très abondantes avec un débit irrégulier : de fortes hémorragies avec expulsion de caillots alternant avec des arrêts de l'écoulement sanguin pendant plusieurs heures, quelquefois toute une nuit. Entre les règles durant trois à quatre jours, il n'y a pas de pertes sanguines, pas de pertes blanches.

Douleurs lombaires.

Examen. — Prolapsus génital.

Au toucher l'utérus est augmenté de volume à surface régulière sans points douloureux.

Rien aux annexes.

On décide de faire un curettage explorateur avant la péri-néorraphie par crainte d'un début de cancer du corps.

La malade entre à l'hôpital le 6 avril 1926 pour être mise en observation.

On pratique le curettage le 15 avril. La curette montre un utérus à parois résistantes et ramène des débris de muqueuse épaissie que l'on envoie au laboratoire.

Biopsie. — Adénome type Moukayé (Dr Bulliard).

Les suites opératoires sont bonnes.

Revue le 10 septembre 1926. Règles régulières normales, très bon état général.

OBSERVATION IV

Métrite adénomateuse simulant un fibrome suspect de dégénérescence. Hystérectomie abdominale subtotale. Diagnostic fait à l'examen de la muqueuse utérine.

Mme F..., 42 ans, vient consulter en mars 1923 pour des ménorragies. On note dans ses antécédents un accouchement normal, une fausse couche quatre mois après cet accouchement. Ses règles ont été irrégulières de 25 à 28 ans. Depuis sept ans elle présente des ménorragies. Actuellement ses règles durent cinq jours, elles sont très abondantes, avec caillots, mais depuis deux mois, huit jours environ après les règles, elle perd quelques gouttes de sang et du liquide clair quelquefois roussâtre, sentant mauvais. Ces pertes durent jusqu'aux règles suivantes.

Examen. — Toucher : l'utérus est régulièrement gros, et remonte jusqu'à mi-chemin de l'ombilic.

Les culs-de-sac sont libres.

On pose alors le diagnostic de fibrome suspect de dégénérescence à cause des pertes de liquide roussâtre intermenses, on écarte la radiothérapie et l'on conseille l'intervention chirurgicale.

Elle entre à l'hôpital le 31 mars 1926.

L'opération est faite le 4 avril. Hystérectomie abdominale subtotale.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un gros utérus à parois épaissies sans fibrome. La muqueuse est très épaissie et paraît manifestement malade. Sa surface est grise, friable. La coloration est rougeâtre dans la partie profonde.

La pièce est envoyée au laboratoire pour examen de la muqueuse utérine.

Biopsie. — Métrite décidualiforme type Moukayé (D^r Champy).

OBSERVATION V

Métrite décidualiforme type Moukayé et polype du col. Opérée pour le polype du col on complète l'opération par un curetage qui montre les lésions de la muqueuse utérine.

Mme R..., 44 ans. Vient consulter pour des pertes blanches suivies de pertes rosées et sanguines apparues depuis un mois et demi. Règles régulières, normales, durant cinq jours environ. Pas d'enfant, ni de fausse couche.

Bon état général.

Examen. — Au toucher l'utérus est gros, régulier, indolore. Rien aux annexes.

L'examen au spéculum montre un col ouvert et saignant avec un polype.

On décide de faire l'ablation de ce polype en même temps qu'un curetage explorateur, le volume de l'utérus faisant penser à un cancer du corps.

La malade entre à l'hôpital, elle est mise en observation pendant quelques jours.

On pratique l'intervention le 4 mai 1926. Ablation du polype, puis curettage de la cavité utérine qui ramène de nombreux débris de muqueuse épaissie et grisâtre. Le diagnostic de cancer est alors peu probable, mais un examen de laboratoire s'impose.

Biopsie. — Métrite décidiuforme (D^r Champy).

Suites opératoires bonnes.

Revue en septembre. La guérison persiste.

OBSERVATION VI

Métrite adénomateuse de type décidual. Curettage fait pour arrêter les métrorragies et qui montre les lésions de la muqueuse utérine.

Mlle L..., 27 ans. Vient consulter parce quelques jours auparavant, elle aurait eu une perte de sang assez abondante n'ayant duré que deux heures environ.

A dix ans, elle aurait eu une première fois des pertes sanguines attribuées à un début des règles et qui auraient disparu pendant un an. L'année suivante les règles apparaissent mais très régulièrement séparées parfois par des intervalles de deux à trois mois. Pas de dysménorrhée.

En janvier 1923 elle aurait eu des douleurs abdominales assez fortes à gauche, coïncidant avec une disparition des règles en même temps que surviennent des pertes rosées continuelles.

En mai 1923, sans aucune cause, survient brusquement une métrorragie abondante avec caillots qui dure deux heures

environ et s'arrête sans traitement. Les pertes rosées continuent.

Examen. — Hymen. Dilatation de l'hymen. Au toucher : l'utérus est gros, à surface régulière, il est en rétroversion. Le col est normal. Rien aux annexes.

On décide de faire un curettage pour arrêter ces métrorragies.

La malade entre à l'hôpital le 15 juin 1923.

Curettage le 18 juin 1923. On ramène à la curette des lambeaux de muqueuse épaissie d'apparence suspecte que l'on envoie au laboratoire pour examen.

Biopsie. — (Dr Champy). Métrite adénomateuse de type décidual.

Suites opératoires bonnes, arrêt des hémorragies et des pertes rosées. La malade sort en bon état.

Revue le 27 septembre 1923. Les règles sont revenues normalement. Plus de pertes rosées.

A l'examen : l'utérus n'est pas gros, il est en bonne position.

Le 14 octobre 1926, la guérison persiste.

OBSERVATION VII

Adénome bénin du corps utérin ayant les symptômes d'une métrite banale mais résistant à la thérapeutique médicale.

Mme A..., 24 ans. Vient consulter en janvier 1923 pour des pertes blanches muco-purulentes durant depuis plusieurs années malgré un traitement médical institué depuis longtemps.

Règles régulières. Pas d'enfants ni de fausse couche.

Examen. — Toucher : Utérus augmenté de volume. Pas d'annexite. Mais des pertes blanches muco-purulentes assez abondantes.

Un curettage paraît indiqué mais avant de le faire et suivant l'habitude du service un examen des sécrétions est fait pour dépister la présence du gonocoque.

L'examen du Dr Bulliard donna un résultat négatif.

Dans ces conditions en l'absence d'annexite et de gonocoques dans les sécrétions le curettage est décidé.

La malade entre à l'hôpital le 15 janvier 1923. Le curettage est pratiqué le 22 janvier. On ramène à la curette des débris assez importants de muqueuse épaissie qui sont envoyés au laboratoire. Suites opératoires bonnes.

Biopsie. — Muqueuse adénomateuse du type Moukayé (Dr Champy).

CONCLUSIONS

I. — La métrite adénomateuse de type décidual du corps de l'utérus mérite d'être retirée de la classe imprécise des métrites hémorragiques.

II. — Il faut d'abord séparer nettement cette métrite adénomateuse de l'adénome du col de l'utérus. Ce sont deux maladies distinctes qui rarement sont associées.

III. — Au point de vue anatomique la lésion se traduit par un développement exagéré des glandes. La muqueuse utérine affecte l'aspect du type prémenstruel mais la végétation papillaire y est beaucoup plus intense et persiste en tous temps. C'est le type décrit par Moukayé (recherches faites à l'Hôpital Brocca dans le laboratoire du Dr Champy).

IV. — Cette variété histologique d'adénome est caractérisé par la formation dans les couches superficielles de cellules déciduales analogues à celles de la grossesse. On peut admettre l'hypothèse pathogénique suivante : cette modification histologique de la muqueuse utérine serait analogue à la transformation physiologique de la muqueuse sous l'influence du développement du corps jaune

La métrite adénomateuse décidualiforme serait liée à un fonctionnement anormal de l'ovaire agissant sur la muqueuse utérine comme si un corps jaune de grossesse avait été formé.

V. — Les troubles fonctionnels se réduisent à un seul : l'hémorragie utérine. Plus souvent métrorragies que ménorragies.

Les signes physiques se réduisent à un seul : gros utérus, régulier, indolore.

VI — Le diagnostic de probabilité est fait par exclusion. Pas de fibrome, pas de cancer du corps. Le diagnostic de certitude est fait par le curettage explorateur et l'examen histologique des débris.

VII. — Au point de vue thérapeutique il faut faire : 1° Un curettage qui amène habituellement la guérison ; 2° S'il y a récurrence des hémorragies on peut faire une application de radium ; celle-ci n'agit pas sur les cellules adénomateuses mais sur l'état vasculaire de l'utérus et sur les cellules ovariennes ; 3° S'il y a récurrence suspecte d'épithélioma c'est l'hystérectomie.

Vu : le Président de la thèse,
FAURE.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- Douay et Soïmaru.* — L'adénome du col de l'utérus (Gynécologie et obstétrique, t. XIII, n° 4, avril 1926).
- Ducourtioux.* — Contribution à l'étude de l'adénome du col de l'utérus. Thèse Paris, 1926.
- Faure et Siredey.* — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.
- Moukayé.* — Adénomes bénins du corps utérin de type décidual (Gynécologie et Obstétrique, t. III, 1921, n° 4).
— Recherches sur les néoplasies des glandes cervicales (Gynécologie et Obstétrique, t. V, 1922, n° 1).
- Szymanowicz.* — Observations sur les conditions de la prolifération des glandes utérines chez la femme (Gynécologie et Obstétrique, t. V, 1922, n° 2).

7361 - Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris - 11-1926



